

Ready set go? : a study of the development and implementation process of the BeweegKuur

Citation for published version (APA):

Helmink, J. H. M. (2012). *Ready set go? : a study of the development and implementation process of the BeweegKuur*. [Doctoral Thesis, Maastricht University]. BOXPress. <https://doi.org/10.26481/dis.20121207jh>

Document status and date:

Published: 01/01/2012

DOI:

[10.26481/dis.20121207jh](https://doi.org/10.26481/dis.20121207jh)

Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

www.umlib.nl/taverne-license

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

repository@maastrichtuniversity.nl

providing details and we will investigate your claim.

Summary

The BeweegKuur is a lifestyle intervention tailored to the individual needs of patients, focusing on a change in physical activity and dietary behaviour, to support and prevent the treatment of type 2 diabetes mellitus. The intervention was developed with the aim to become an effective and feasible primary health care based intervention, which in time could be reimbursed under the Dutch basic health insurance scheme. The BeweegKuur originally consisted of a 1-year programme for diabetic and prediabetic patients. Participants are referred by their general practitioner (GP) to a lifestyle advisor (LSA), usually the practice nurse or physiotherapist. Based on specific inclusion criteria and in close collaboration with the patient, an individual exercise programme is designed and supervised by the LSA. This programme can be attended at existing local exercise facilities or (temporarily) under the supervision of a specialized exercise coach or physiotherapist. All participants are also referred to a dietician and receive diet-related group education. In 2010, the target population of the BeweegKuur changed from prediabetic/diabetic participants into obese/overweight participants. In this thesis, studies related to the development and implementation of the BeweegKuur are described.

Chapter 2 reported on the development process and the content of the BeweegKuur with the use of a model of systematic health promotion planning. The BeweegKuur programme was systematically developed in an evidence- and practice-based process. The factors which explained the motivation among health care providers to implement and continue the BeweegKuur were described in **chapter 3**. Questionnaire research was used with two measurements among Dutch general practitioners, practice nurses and physiotherapists participating in a pilot study. At baseline, professionals were generally preparing to start with the implementation of the BeweegKuur. At second measurement, all practices were implementing the BeweegKuur. The professionals in our study could be characterized as innovators or early adopters, and inclusion of BeweegKuur in the basic health insurance package was envisaged to persuade other adoption categories to implement the intervention. An intensified focus on skills building (e.g. motivational interviewing skills, general lifestyle counselling skills) was expected to contribute to sustained high-quality implementation of the intervention.

Chapter 4 reported on the relationship between sitting time and Body Mass Index (BMI) in diabetes and pre-diabetes patients willing to participate in the BeweegKuur. Also, demographic and psychosocial associates of the motivation to become more active were identified in this chapter. The measurement instrument was a self-report questionnaire. Results showed that total sitting time was more closely related to BMI than total physical activity time. Subjects with a higher weight status were more sedentary, but they were also more motivated to be physically active. On the other hand, their self-efficacy to be physically active was lower compared to subjects with a lower weight status. It was concluded that lifestyle interventions to decrease the risk of obesity and type 2 diabetes should not only aim at increasing total physical activity time, but also at reducing the total sitting time. Despite generally high levels of motivation among obese participants, intervention designers and

intermediaries should be aware of their low level of self-efficacy towards being physically active.

The aim of the study described in **chapter 5** was to examine the socio-cognitive profile, physical activity level, sitting time, weight status and demographics as baseline predictors of the maintenance of intervention-induced changes in physical activity and sitting time among diabetic and pre-diabetic patients participating in the BeweegKuur with two self-report questionnaires (at baseline and two years after the start of the intervention). Two years after the start of the intervention, respondents, on average, spent more time being physically active. The total sitting time remained almost unchanged between the two measurements. Further exploration showed that respondents who had relatively high levels of physical activity at the start of the intervention, increased their total sitting time, while respondents with relatively low levels of physical activity at the start decreased their sitting time. The socio-cognitive profile did not predict the behaviour of the respondents in this sample of diabetic and pre-diabetic patients. The intervention appeared to be suitable for low-educated people.

Chapter 6 of this thesis reported on a study which determined perceived promoting and impeding factors in the implementation of the BeweegKuur programme for overweight and obese people. The study consisted of focus group meetings with intervention participants, interviews with health care providers and a focus group with dieticians. For some intervention participants, the invitation to participate in BeweegKuur came unexpected, as they had not been diagnosed with a disease. Health care providers were aware of this and took time to explain to participants that the programme was appropriate and safe for them. Participants as well as professionals were generally positive about the feasibility of the programme for overweight and obese people and indicated that the intervention was in accordance with their needs. Both health care providers and patients were motivated to participate in the programme. The multidisciplinary approach and the combination of physical activity and dietary behaviour change can make the BeweegKuur programme a success if potential impeding factors like those identified in the study reported in chapter 6 were overcome.

Chapter 7 gave a reflection on the development, implementation and Dissemination processes of the BeweegKuur in primary care. Some remarkable points were seen in the development, implementation and dissemination processes of the BeweegKuur. First, the implementation of the programme took a lot of time and energy on the part of the health care providers. Second, in the primary health care centres that implemented BeweegKuur, multidisciplinary networks were formed and the contacts with local exercise facilities improved during the implementation. Although it is plausible that without BeweegKuur, some of these processes would also have come about, they would probably have taken much more time and effort and would have remained more local. The BeweegKuur programme facilitated the formation of local networks and of a structure in which combined lifestyle interventions could be implemented at different locations in the Netherlands. The

findings of the BeweegKuur implementation studies showed that it is important to monitoring the level and form of implementation and sustainability of combined lifestyle interventions in primary care.

The general discussion (**chapter 8**) gives a summary of the main findings and discusses some methodological considerations. In this chapter, implications for practice regarding the content of the BeweegKuur, the implementation of a combined lifestyle intervention and the contextual factors of the implementation of a lifestyle intervention were discussed. Implication for further research are also presented. We conclude that the BeweegKuur has provided momentum to the processes involved in the implementation of combined lifestyle interventions in the Netherlands and that different process regarding the implementation of a lifestyle intervention started during the pilot period. Health care providers in the Netherlands are *ready* to implement lifestyle interventions such as BeweegKuur. Although they were *set* to implement and continue the intervention during the pilot period, the question arises if they will *go on* implementing and continuing lifestyle interventions.

Samenvatting

De BeweegKuur is een 'tailored' gecombineerde leefstijlinterventie welke focust op het veranderen van fysieke activiteit en eetgedrag vanuit de eerstelijns gezondheidszorg. Het doel van de BeweegKuur is om personen met (een hoog risico op) diabetes vanuit de eerste lijn te begeleiden naar een actievere leefstijl. De interventie is ontwikkeld met als doel om een uitvoerbare en effectieve interventie te worden en om op den duur opgenomen te worden in de Nederlandse basisverzekering. In 2008 is door NISB stapsgewijs de BeweegKuur ontwikkeld op basis van literatuur, ervaring met reeds bestaande projecten en gesprekken met expertpanels en de doelgroep. In de periode 2008-2009 is de nadruk in de BeweegKuur gelegd op de preventie en behandeling van diabetes mellitus type 2. Vanaf 2009 is de BeweegKuur doorontwikkeld voor patiënten met overgewicht en obesitas.

Deelnemers worden door de huisarts doorverwezen naar een leefstijladviseur (LSA), meestal een praktijkondersteuner of fysiotherapeut. De leefstijladviseur coacht, begeleidt en motiveert de deelnemer de rest van het traject en bepaalt welk beweegprogramma het beste bij de deelnemer past. Het beweegprogramma kan gevolgd worden bij lokale beweegaanbieders of (tijdelijk) onder de supervisie van een beweegcoach of fysiotherapeut. Alle deelnemers worden doorverwezen naar een diëtist en ontvangen voedingsgerelateerde groepseducatie. In dit proefschrift zijn studies gerelateerd aan de ontwikkeling en implementatie van de BeweegKuur beschreven.

Hoofdstuk 2 rapporteert over het ontwikkelproces en de inhoud van de BeweegKuur met behulp van een model voor planmatige gezondheidsbevordering. De factoren die de motivatie van zorgverleners om de BeweegKuur te implementeren en continueren bepalen zijn beschreven in **hoofdstuk 3**. Met behulp van twee vragenlijsten onder Nederlandse zorgverleners (huisartsen, praktijkondersteuners en fysiotherapeuten) die deelnamen aan de pilotstudie van de BeweegKuur zijn deze factoren gemeten. Tijdens de eerste vragenlijst waren de zorgverleners over het algemeen gereed om met de implementatie van de BeweegKuur te beginnen. Tijdens de tweede meting werd de BeweegKuur door alle deelnemende zorgverleners geïmplementeerd. De zorgverleners in deze studie kunnen gezien worden als 'innovators' of 'early adopters' en de inclusie van de BeweegKuur in de Nederlandse basisverzekering kan ervoor zorgen dat de andere adopter-categorieën overtuigd worden om de BeweegKuur te implementeren. Verder wordt er verwacht dat een intensieve focus op het verwerven van vaardigheden (bijvoorbeeld motivational interviewing vaardigheden en algemene leefstijl counseling vaardigheden) nodig is om een hoge kwaliteit van de invoering van de BeweegKuur te waarborgen.

Hoofdstuk 4 rapporteert over de relatie tussen zitgedrag en de Body Mass Index (BMI) in (pre)diabetespatiënten die wilden deelnemen aan de BeweegKuur. Ook zijn demografische en psychosociale voorspellers van de motivatie om actiever te worden geïdentificeerd in dit hoofdstuk. De resultaten zijn verkregen met een zelfgerapporteerde vragenlijst. Uit de resultaten blijkt dat zitgedrag meer gerelateerd is aan BMI dan de totale beweegtijd. Deelnemers met een hoger gewicht zijn meer sedentair maar ook gemotiveerder om te bewegen. Maar aan de andere kant is de

eigen effectiviteit om meer te bewegen van deze personen lager in vergelijking met deelnemers met een lager gewicht. De conclusie van deze studie is dat leefstijlinterventies gericht om het risico op overgewicht en diabetes type 2 te verlagen zich niet alleen moeten richten op een verhoging van het beweeggedrag maar ook op het verlagen van het zitgedrag. Ondanks de hoge motivatie van de obese deelnemers in deze studie moeten interventieontwikkelaars zich bewust zijn van de lage eigen effectiviteit ten opzichte van bewegen van deze deelnemers.

Het doel van de studie in **hoofdstuk 5** is het testen van het socio-cognitieve profiel, beweeggedrag, zitgedrag, gewichtstatus en demografische variabelen als baseline voorspellers van het volhouden van de door de interventie veroorzaakte veranderingen in beweeg- en zitgedrag van (pre)diabeten die deelnamen aan de BeweegKuur. Dit is gemeten met twee zelfgerapporteerde vragenlijsten (bij het begin en twee jaar na de start van de interventie). Twee jaar na de start van de interventie gaven de deelnemers aan meer te bewegen dan bij de start. Het zitgedrag is bijna gelijk tussen de twee metingen. De resultaten laten zien dat bij deelnemers die aan het begin van de interventie relatief veel bewogen, het zitgedrag na 2 jaar hoger is dan aan het begin terwijl deelnemers die aan het begin weinig bewogen juist het zitgedrag verlaagd hebben. Het socio-cognitieve profiel voorspelde het gedrag van de respondenten in deze groep (pre)diabeten niet. Wel blijkt de interventie bruikbaar voor laag opgeleide personen.

Hoofdstuk 6 van dit proefschrift beschrijft een studie welke de ervaren voor- en nadelen van de interventie weergeeft voor de implementatie van de doorontwikkelde BeweegKuur voor deelnemers met overgewicht en obesitas. De studie bestaat uit focusgroepen met interventiedeelnemers, interviews met zorgverleners en een focusgroep met diëtisten. Voor sommige deelnemers kwam de uitnodiging om deel te nemen aan de BeweegKuur als een verrassing omdat zij niet gediagnosticeerd zijn met een ziekte. Zorgverleners waren zich hier van bewust en namen de tijd om deelnemers uit te leggen dat het programma geschikt en veilig is. Zowel deelnemers als zorgverleners zijn over het algemeen positief over de bruikbaarheid van de BeweegKuur voor overgewicht- en obesitasdeelnemers en gaven aan dat de interventie overeenkomt met wat zij nodig hebben. Zowel zorgverleners als patiënten waren gemotiveerd om deel te nemen aan het programma. Het multidisciplinaire karakter en de combinatie tussen beweeg- en eetgedrag kan de BeweegKuur tot een succes maken wanneer potentiële nadelen zoals weergegeven in deze studie overwonnen worden.

Hoofdstuk 7 geeft een reflectie van het ontwikkelings-, implementatie- en verspreidingsproces van de BeweegKuur in de eerstelijns gezondheidszorg. Er zijn enkele opvallende punten naar voren gekomen tijdens deze processen. Als eerste kostte het implementeren van het programma veel tijd, geld en energie van de zorgverlener. Verder ontstonden er in de praktijken die de BeweegKuur uitvoerden meer multidisciplinaire netwerken in de periode 2007-2011. Ook de contacten met lokale beweegaanbieders verbeterde. Het is mogelijk dat deze processen ook zouden zijn ontstaan zonder de BeweegKuur, maar waarschijnlijk langzamer, moeilijk en

lokaler. De BeweegKuur heeft er ook voor gezorgd dat het vormen van lokale netwerken op verschillende locaties in Nederland van de grond kwam als mede de totstandkoming van een structuur waarin een gecombineerde leefstijlinterventie geïmplementeerd kan worden. De ervaringen met de BeweegKuur laten zien dat het belangrijk is om inzicht te houden in de mate en vorm van de implementatie en voorzetting van gecombineerde leefstijlinterventies in de eerstelijnszorg.

De discussie (**hoofdstuk 8**) van dit proefschrift geeft een samenvatting van de belangrijkste bevindingen en enkele methodologische overwegingen bediscussieerd. In dit hoofdstuk komen ook implicaties voor de praktijk met betrekking tot de inhoud van de BeweegKuur, de implementatie van gecombineerde leefstijlinterventies en contextuele factoren met betrekking tot de implementatie van leefstijlinterventies aan bod. Implicaties voor vervolgonderzoek zijn eveneens gepresenteerd. De conclusie van dit proefschrift is dat de BeweegKuur heeft gefungeerd als een vliegwiel om processen ten aanzien van de verspreiding van lokale gecombineerde leefstijlinterventies tot stand te brengen en deze interventies verder door te ontwikkelen.